



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Coletiva  
Bacharelado em Saúde Coletiva

Helcio Carlos Barbosa

**Implicações da Saúde Suplementar para o Sistema Único De Saúde**

Brasília – DF, 2015

Hélcio Carlos Barbosa

## **Implicações da Saúde Suplementar para o Sistema Único De Saúde**

Trabalho apresentado a Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ciências de Saúde, como requisito  
para obtenção do Grau de Bacharel em Saude  
Coletiva.

Orientadora:

Prof. Dr.<sup>a</sup> Elza Maria de Souza

Brasília – DF, 2015

# **Implicações da Saúde Suplementar para o Sistema Único De Saúde**

Helcio Carlos Barbosa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em 10 de dezembro 2015

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Elza Maria de Souza  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Saúde  
Departamento de Saúde Coletiva  
Orientadora

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Claudia Pedrosa  
Universidade de Brasília  
Faculdade de Saúde  
Departamento de Saúde Coletiva  
Avaliadora

Brasília – DF, 10 de dezembro 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Terminar este trabalho foi uma tarefa desafiadora, dadas as condições adversas em que foi realizado. Além de minha persistência, cheio de altos e baixos, tropeços, angustias, e incontáveis noites mal dormidas, me reporto neste espaço a todas as pessoas que de forma direta e indireta, foram essenciais para a conclusão desta etapa da minha vida. Por isso, a elas os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço primeiramente a Deus por ser, em todos os momentos da minha caminhada o meu guia, a minha fortaleza.

Agradeço aos meus pais, Francisco Canindé e Maria dos Navegantes, que mesmo nas suas analfabetizações, tinham uma certeza; a Educação era libertadora daquela situação de extrema dificuldade, por isso, são minha fonte de inspiração, exemplos de persistência, perseverança e fé.

Agradeço a minha companheira, Maria Antonia e meu filho Allan Wesley, minha principal fonte de energia. Energia essa que muitas vezes se esgotava depois de um longo dia de trabalho, e que muito pouco sobrava para uma noite de aula. Mesmo assim, eles não admitiam que eu desanimasse ou desistisse do meu sonho.

Agradeço a todos (as) os (as) professores (as), mestres e doutores, verdadeiros transformadores de sujeitos. Em especial a professora Elza de Souza, por ter colaborado de forma fundamental na construção deste trabalho.

Sinto-me lisonjeado pela oportunidade de ter sido seu orientando.

Mais do que agradecer, queria ainda, prestar uma homenagem aos integrantes do Movimento Sanitário, que imprimiram uma marca na trajetória da política de saúde do Brasil, apesar das limitações históricas e políticas, que impediram e impedem a consolidação de seu projeto.

*“Se nós estamos querendo atingir objetivos tais como universalização equanimidade, integralidade do sistema, e participação, é impossível que um setor importante da assistência à saúde fique sujeito às leis do mercado”. (Deputado Constituinte Eduardo Jorge, Diário do Congresso Nacional, 17/07/1987:199).*

## **RESUMO**

De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a "redução do risco de doença e de outros agravos", quanto "ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". É nessa perspectiva que a Constituição Federal reconhece a relevância pública das ações e serviços de saúde, e delineia um sistema único; (o Sistema Único de Saúde), integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas do qual também podem participar, em caráter complementar, instituições privadas. Embora não desejada pelos muitos profissionais de saúde, e não contemplar a maioria dos problemas de saúde da população, a presença e o crescimento da saúde suplementar conta com incentivos governamentais, é prestigiado pela mídia, grande parte da categoria médica e por políticos.

O propósito do presente artigo é abordar de forma crítica o crescimento do uso dos planos de saúde e também a influencia do crescimento do uso da saúde privada para complementar os serviços do SUS.

**Palavras-chave:** Atenção a Saúde, Saúde Suplementar, Sistema Único de Saude.

## **ABSTRACT**

According to the Constitution, the State should provide the means to ensure health for all, through social and economic policies in order to “reduce the risks of disease and other health hazards in a universal and equal access to all type of health care services for promotion, protection, recovery and rehabilitation of health and prevention of diseases. " It is in this perspective that the Federal Constitution recognizes the relevance of public health services and outlines a single system; the Unified Health System, integrated by the actions and public health services, which also allows the participation of the private system in a complementary manner. Although it is not willed by most of health workers, and does not contemplate the population's health needs, the presence and growth of health insurance and the use of private system to complement the public services has government incentives, is prestigiated by the media, for a great part the medical professionals and politicians.

The porpoise of the present article is to approach in a critical way the growing use of health insurance and also the influence of growing use of private system to complement the public one.

**Keywords:** Attention to health, Supplemental Health, Unique System of Health.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>ANS</b>	Agencia Nacional de Saude
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CPI</b>	Comissão Parlamentar de Inquérito
<b>FSEP</b>	Fundações de Serviços Especiais de Saúde Pública
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>PEC</b>	Proposta de Emenda Constitucional
<b>PNH</b>	Política Nacional De Humanização
<b>MP</b>	Medida Provisória
<b>SUS</b>	Sistema Único De Saude



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
A SAÚDE SUPLEMENTAR.....	16
A RELAÇÃO SUS COM A SAÚDE SUPLEMENTAR:.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	<b>Erro! Indicador não definido.2</b>
REFERENCIAS.....	233

## INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal (CF), em 1998, ocorreram mudanças importantes, redefinindo as prioridades em saúde no Brasil. O seu artigo 196 versa que a saúde é direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 1988). Ela também instituiu um sistema de saúde para ser implementado, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 setembro de 1990 (BRASIL, 1990) e pela Lei 8.142 de 28 de dezembro 1990 (BRASIL, 1990).

O SUS, através de seus princípios e diretrizes, implica na construção de práticas inovadoras em saúde, a partir da gestão, do planejamento e do processo de trabalho organizado de acordo com as reais necessidades dos usuários dos serviços.

A criação do SUS possibilitou avanços inegáveis para o cenário assistencial brasileiro, tanto com relação ao acesso aos serviços de saúde propriamente dito, como nas formas de atenção e atendimento. Entretanto, falhas na sua elaboração e implantação, por diversas razões, suscitaram no decorrer dos anos num crescimento expressivo do setor da saúde suplementar, além de uma baixa regulação do mercado dos planos de Saúde (FREITAS, 2011).

Montone e Castro (2004) afirmam que, até o final da década de 90, o mercado de planos de saúde atuava segundo sua própria lógica e estabelecia suas próprias regras, e isto demonstrava a frágil regulação no setor e expunha a necessidade de intervenção do Estado neste mercado. Neste contexto, institui-se então, a Lei 9.656 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde.

Com a necessidade de fiscalizar a aplicabilidade da lei dos planos de saúde, criou-se, em 2000, por meio da Lei 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia especial do Ministério da Saúde (MS), de caráter regulatório, normativo e fiscalizador das atividades que garante à assistência suplementar a saúde (SCATENA, 2004).

Entretanto, visto que o tema de modelos assistenciais na saúde suplementar tem sido pouco investigado no Brasil, há ainda que se aprofundar a

natureza dessa regulação, visando garantir a qualidade da assistência a saúde e produção do cuidado integral neste setor, visto que existe uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade, prestação de serviços e modelos assistenciais praticados (MALTA, 2004).

## **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente as ações prevenção de doenças e educação em saúde sob a forma de informação e campanhas educativas. Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais gerais e outros especializados nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além de contar com as ações desenvolvidas pelas Fundações de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas (PAIM, 1993).

A maior atuação do poder público na área da saúde se dava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, que tinha como responsabilidade prestar assistência à saúde a seus associados. A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, logo, só tinha acesso à saúde aqueles que possuíam carteira assinada e seus dependentes, os demais recebiam assistência à saúde por meio do pagamento direto pelo serviço ou por instituições filantrópicas (BRASIL, 2003). O modelo adotado dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito ao serviço público de saúde por serem segurados pela previdência social, e os que não possuíam direito algum.

Nos primeiros anos de implantação do SUS, prevaleceram ações na esfera político-jurídica e administrativa com integração e fusões de instituições, passagem de estruturas físicas e recursos humanos associados à tentativa de manter e difundir os novos princípios da política de saúde numa conjuntura desfavorável. Preocupações com mudanças no modelo assistencial permaneceram restritas, embora um conjunto de críticas e pesquisas já viesse apontando os perigos que a falta de transformações no cotidiano assistencial da população poderia trazer para a legitimidade da reforma sanitária (Fleury; Carvalho, 1996; Mendes, 1995).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, o SUS foi instituído, reorientando o sistema de saúde brasileiro, estabelecendo legalmente um novo

modelo de atenção a saúde, substituindo o existente voltado para praticas centradas em hospitais, restrita aos contribuintes previdenciários.

Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda população. O sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência a saúde dos brasileiros (BRASIL, 2009). Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS, obedece aos princípios doutrinários – universalidade, equidade e integralidade – e aos princípios organizativos – regionalização, hierarquização, descentralização, comando único, a participação popular e complementaridade do setor privado.

A universalidade é a garantia de atenção a saúde a todo e qualquer cidadão. O exercício deste princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema publico de saúde, da vacina a cirurgias mais complexas (BRASIL, 2001). Porém, passados mais de vinte anos o SUS não conseguiu alcançar a universalidade em toda sua plenitude. Entre os motivos para que este princípio ainda não tenha sido alcançado destacam-se a disputa de interesse materiais e simbólicos em decorrência do contexto do mercado, de conflitos no campo técnico-científico, do ativismo das corporações e agrupamentos políticos, como também, a ausência de uma política nacional de pessoal e ao enrijecimento do Estado Brasileiro que acolheu o SUS, mas impede reformas administrativas e jurídicas necessárias para que ela aconteça (TEIXEIRA, 2002).

O princípio da equidade busca diminuir as injustiças. Mesmo todos tendo direito aos serviços de saúde, as pessoas não são iguais e tem necessidades diferentes. Os serviços devem se organizar para atender as reais necessidades da população. (BRASIL, 2001). Para Neves, (1999) a equidade representa igual acessibilidade aos cuidados de saúde, por meio de uma redistribuição diferenciada que atribua mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem as mesmas condições, numa ação reguladora das desigualdades. Segundo Almeida (2002), o conceito de equidade remete à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. A realidade mostra que, na agenda atual do Setor Saúde, o princípio da equidade encontra-se condicionado aos objetivos de eficiência submetido aos limites de caixa e de custo-efetividade. As ações de saúde para os grupos específicos reduzem-se às políticas de focalização (para os mais pobres) e de privatização (LUIZ, 2005).

A integralidade busca considerar o ser humano como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção de doenças tratamento e reabilitação (BRASIL, 2001). No entanto, as especialidades continuam tratando os sujeitos de forma fragmentada e utilizando, cada vez mais os exames complementares de última geração sem levar em conta a pessoa como um todo.

A descentralização é uma forma de organização que permite aos municípios a gestão do sistema de saúde local, por meio da promoção de ações de saúde diretamente voltadas para suas cidades (BRASIL, 2001).

Lutou-se e conseguiu-se que o SUS fosse um sistema de saúde descentralizado em suas ações e serviços (competência constitucional para cuidar da saúde; agir administrativo) e unitário em seus princípios e diretrizes, em seus conceitos e bases. A prática, contudo, não tem sido bem assim, visto que ainda há uma verticalização de programas que influenciam o planejamento da saúde e os planos de saúde dos entes federativos. Por isso, a descentralização continua uma centralização ou uma pseudodescentralização. Nesse passo, não poderíamos deixar de apontar que uma das diretrizes constitucionais de organização do SUS, ainda não foi realizada nos seus verdadeiros termos.

A regionalização e a hierarquização orientam os serviços de saúde para que sejam organizados em níveis de complexidade, com área geográfica determinada, planejados segundo critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da clientela a ser atendida, com vistas a garantir o acesso necessário, considerando a complexidade requerida para cada caso (BRASIL, 2001).

A participação popular é a garantia constitucional de que a população participará do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde e Conferência de Saúde (BRASIL, 2001). Estas instâncias, constituem-se, portanto, em espaços públicos, ou fóruns institucionalizados de participação política (CORTES, 2007), estruturados com o intuito de garantir o controle social da comunidade nas ações governamentais e de orientar as tomadas de decisões no sentido de se buscar uma sociedade justa, livre e solidária (ALVES, 2004). Esta ação exige capacidade dos atores envolvidos, para acompanhar se a finalidade social esta sendo atendida pelas políticas publicas.

Na pratica, existem diversas dificuldades com o poder executivo, principalmente, pela falta de autonomia dos conselhos em relação aos gestores, a falta de vinculação permanente dos conselheiros com suas entidades de origem, as

quais representam e pelas quais foram outorgados de poder decisório, dificultando a mobilização constante em torno das questões da saúde. Isto tem contribuído para a ocorrência de praticas clientelista, ausência da cultura da participação e a emergência de conselhos cartoriais (GUIZARDI; PINHEIRO; MATTOS; SANTANA; MATTA; GOEMS, 2004). O que ainda se vê são Conselhos não representativos da comunidade, muitas vezes defendendo interesses individuais ou político-partidários porque, não é apenas a cultura da não participação; é a miséria intelectual a crença na falta de capacidade, reforçada por quem detém o poder.

Embora com avanços inegáveis, da forma como evoluiu o SUS, A realidade é que hoje seria impossível defender e executar os serviços de forma direta, sem contar com a participação do setor suplementar. O problema é que, o que era para ser complementar esta paulatinamente se transformando em principal, enquanto o público míngua.

## **A SAÚDE SUPLEMENTAR**

A complementaridade do setor privado ocorre quando o setor público se mostra sem condições de atender a demanda, sendo formalizada por meio de convênios, respeitando-se as normas técnicas, administrativas, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A CF de 1988 tratou desse tema ao permitir ao Poder Público recorrer aos serviços privados de saúde quando os próprios fossem insuficientes. A intenção era que com o tempo a melhoria no financiamento do serviço público de saúde pudesse ir superando essa complementariedade, no entanto, ela se expandiu além daquilo que se previa inicialmente.

A implantação do SUS significou a extensão da assistência médico-sanitária a um expressivo contingente de brasileiros, entretanto, juntamente com este movimento de oferta pública de serviços de saúde se deu também o crescimento gradativo do mercado suplementar de saúde, condição esta que criou uma nova conformação na área da saúde brasileira (ACIOLI, 2006).

Neto (2002) e Freitas (2011) afirmam que as dificuldades para implementação de um modelo ousado como SUS, acabou criando um ambiente propício para o desenvolvimento das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A saúde suplementar recebe esta denominação em vista das definições da Lei Orgânica da saúde (lei 8.080/90). A Lei considera que além, do sistema público, existe um sistema complementar, que se acresce ao SUS mediante contrato ou convenio e reconhece a existência de uma rede de serviços privados que não possui vínculo com o sistema, prestando serviços a população mediante pagamento direto ou por instituições que intermedeiam a relação prestador-consumidor. Essa rede de assistência médico-hospitalar é denominada sistema suplementar, apesar de, o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2008, p. 117), os padrões internacionais classificarem o sistema brasileiro na categoria duplicadora por oferecer coberturas já presentes no sistema público de saúde.

O mercado dos planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde o seu início, à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal. Empresários estrangeiros organizaram junto aos prestadores de



serviço uma assistência médica e hospitalar específica para seus empregados, motivada pelo empresariamento e pela capitalização da medicina, que ocorreu por meio de financiamentos governamentais que fortaleceram o setor privado da prestação de serviços de saúde. Profissionais de saúde e prestadores de serviços identificaram a possibilidade de oferecer acesso a serviços de saúde a uma importante parcela da população das regiões urbanas e industrializadas, que possuía vínculo formal de trabalho. Essa conduta governamental do Estado financiar e fortalecer a rede privada não é nova, durante o período ditatorial hospitais privados eram financiados pelo governo, enquanto a população à margem do mercado de trabalho dependia das instituições de caridade para obter atenção à saúde, ou mais especificamente à doença.

Ate o final da década de 90, o mercado dos planos de saúde atuava segundo sua própria lógica e estabelecia suas próprias regras. Isso demonstrava a frágil regulação do setor, uma vez que a legislação das operadoras era do tipo societário, havia a livre definição da cobertura assistencial, das carências, dos reajustes, existia a liberdade na exclusão de clientes e a seleção de risco, o que vinha gerando expressiva insatisfação dos beneficiários (MONTONE, 2004).

Mesmo com a regulação estatal, por meio da ANS, criada em 2000, o mercado de planos privados de saúde se expandiu devido à contribuição de cinco fatores como apontam Costa e Castro (2004):

Primeiro, os problemas no financiamento público devido à política de ajuste fiscal e da alteração na composição das despesas no campo da saúde, o que repercute no perfil da oferta de serviços de saúde no setor publico.

Segundo, a própria insatisfação dos indivíduos com a qualidade dos serviços disponibilizados pelo SUS, especialmente nos aspectos ligados as amenidades como hotelaria, presteza e atenção personalizada.

Terceiro, os custos crescentes nos serviços de saúde, reduzindo o número de pessoas que tenham condições financeiras de arcar com o pagamento direto.

Quarto, a busca de renda adicional por parte dos profissionais do setor publico devido aos baixos salários e da grande oferta de profissionais, especialmente de médicos, favorecendo o ingresso destes no mercado de planos de saúde.

Quinto, a competição dentro do setor produtivo, fazendo com que empresas incorporem a atenção médica-hospitalar como um importante benefício indireto ao seu quadro de funcionários.

Além das questões supracitadas, outro fato que também estimulou e permanece incentivando a expansão o mercado de planos de saúde é o subsídio do estado ao segmento privado. Isso deve-se ao “gasto tributário” que é o recurso que o ente estatal deixa de arrecadar em virtude das desonerações fiscais. Por um lado, a desoneração funciona como um incentivador fiscal a prestadores e operadoras filantrópicas, uma vez que não pagam tributos federais, estaduais e municipais, e por outro, como um indutor à compra de serviços e planos privados por indivíduos pois este gasto é deduzido da base sobre a qual é calculada o imposto de renda devido por pessoas físicas (Santos, Ugá e Porto 2008). Além deste fator, há o aporte de recursos públicos para o financiamento dos planos e saúde de servidores públicos civis e militares da administração direta e de empregados de empresas estatais (Bahia, 2001).

É evidente que todo esse cenário é uma herança, já que quando instaurado o modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral, já havia na realidade um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços, com um parque hospitalar predominantemente privado, como no que tange o seguro privado no país (SANTOS et. al, 2008).

O modelo médico assistencial predominante no segmento é o centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. Prestigiado pela mídia, parte categoria médica, por políticos e pela população medicalizada, o modelo de atenção predominante no Brasil, não contempla o conjunto de necessidades de saúde da população. Seu objeto tem sido identificado como doença ou o doente; seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são as tecnologias médicas; e as formas de organização são as redes de serviços, com destaques para os hospitais, clínicas e laboratórios (TEIXEIRA, 2002).

## A RELAÇÃO SUS COM A SAÚDE SUPLEMENTAR

De acordo com Bobbio (1987), a dicotomia clássica entre direito privado e direito público reflete a diferenciação entre aquilo que pertence ao grupo ou à coletividade e aquilo que pertence aos membros singulares; ou entre a sociedade global e grupos menores, como a família; ou, ainda, entre um poder central superior e os poderes periféricos inferiores. A distinção remete à noção de interesse público e interesse privado, relacionando-se à definição de *res pública*, enquanto coisa do povo, este entendido não como uma agregação de homens, mas como uma sociedade mantida junta. O Estado é então considerado um “poder público” na medida em que promove (ou deveria promover) o bem público – o bem comum a todos os cidadãos.

O SUS nasceu no mundo contemporâneo, na contramão da discussão nos países centrais europeus a respeito do papel do Estado na garantia de direitos sociais, para reduzi-los e não para ampliá-los. Choque de gestão, estado mínimo, estado regulador, estado não prestador de serviços, mas delegatário de serviços públicos exclusivos e regulador do mercado. Um estado que deveria aplicar na gestão pública os princípios da gestão empresarial (Schmidt, 2007, p. 1.997).

Mas por causa da extrema pobreza e da desigualdade social do Brasil era de se esperar uma associação entre uma abordagem ética da economia da saúde e a referência aos direitos sociais, como estabelecidos na Constituição Federal, já que o processo de redemocratização reivindicava a implantação de uma assistência à saúde universal. Contando com os serviços das entidades públicas, privadas ou sem fins lucrativos (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2001).

Mas ao contrário do que se almejou o que se vê atualmente é a existência de sistemas públicos e privados concorrentes. Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é um direito social e que os recursos devem ser aplicados com base nas necessidades e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser cobertos por planos de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos seus empregadores. Dito de outra maneira, a despeito de uma base de oferta tecnológica assemelhada, o paralelismo do funcionamento do mercado dos planos de saúde, uma vez portador de valores e de interesses contraditórios em relação às diretrizes constitucionais da área da saúde, produz

efeitos nocivos sobre o SUS, no que se refere a regulação, ao financiamento, à organização dos profissionais de saúde (dupla ou tripla militância), a regulação da incorporação tecnológica e à equidade de acesso (dupla porta de entrada). Os efeitos nocivos, no entanto, continuam no plano político quando setor privado detentor de tais planos fazem “*lobby*” no Congresso Nacional sobre questões chave da assistência a saúde, evitando a ampla negociação entre as partes interessadas para fortalecer o sistema público. Esse quadro se torna mais preocupante, uma vez que os trabalhadores do pólo dinâmico da economia estão cobertos pelo mercado de planos de saúde, e seus representantes políticos não apóiam o SUS no Congresso como seria necessário (VIANNA, 1998).

Alem do mais, os custos catastróficos recaem principalmente sobre o Sistema Público, visto que é ele que oferece os serviços de alta complexidade tais como; transplantes, tratamentos de câncer, cirurgia cardíaca, assistência em longo prazo e hemodiálise. Este fato explica a ampla prestação pública de serviços caros e mais complexos para os consumidores do sistema privado. Ademais, os pacientes com doença crônica retirados dos planos de saúde são atendidos pelos SUS, sem que haja qualquer transferência financeira, significativa ao sistema público – apesar da figura do ressarcimento (HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005).

Compreende-se por ressarcimento ao SUS, a obrigação legal das operadoras de planos de assistência à saúde de restituir as despesas SUS no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. O ressarcimento não configura apenas uma medida para ressarcir os cofres públicos pelos gastos de saúde de beneficiários com cobertura contratual, mas também é uma medida que protege os direitos dos beneficiários de planos de saúde, já que a cobrança reprime a omissão das operadoras no que tange ao efetivo cumprimento do contrato (CONDE, 2004; CUNHA (2002).

Por diversas razões, o ressarcimento ao SUS não acontece como manda a Lei 9.656/98, Art. 32. Inclusive, o ressarcimento já foi alvo de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin), de nº 1931-8/98, proposta pela Confederação Nacional de Saúde. Em 18 de março de 2005 a ANS editou a Resolução Normativa-RN Nº 93 passando assim considerar o ressarcimento todos os procedimentos previstos pelos contratos de planos de saúde, logo, houve um modelo de ampliação de

ressarcimento, já que antes esse estava restrito aos casos de internação e atendimento de urgência e emergência.

Mas assim como acontece em outras agências, a ANS esta sujeita ao jogo político, aos interesses econômicos, e suas diretorias entregues aos financiadores de campanhas eleitorais.

Segundo reportagem da revista Carta Capital, de 26 de maio 2015, nas eleições de 2014, as empresas Amil, Bradesco Saúde, Qualicorp e grupo Unimed saúde doaram juntas, em torno de 52 milhões, contribuindo para a candidatura de 131 parlamentares. Segundo informações, o atual Presidente da Câmara contou com a contribuição de membros da ANS para a formulação da Medida Provisória (MP) 627 que anistiava a dívida dos planos de saúde ao SUS em 2 bilhões de reais, votou a favor da MP 656 que permitiu a entrada de capital estrangeiro na assistência a saúde; é autor da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 451 que insere planos de saúde como direitos dos trabalhadores; vetou a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigaria os planos de saúde, além de fazer pressão para nomear um de seus financiadores como presidente da ANS (BRASIL 2014; FARIAS, 2015).

Tratando ainda dos golpes ao qual o SUS vem publicamente sofrendo, a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 358/13, pela Câmara dos Deputados, que institui o chamado Orçamento Impositivo, muda o financiamento da saúde, por parte da União, diminuindo o percentual mínimo da receita corrente líquida de aproximadamente 14,6% para 13,2%, e com isso o orçamento da saúde perde entre R\$ 7 bilhões e R\$ 10 bilhões, esse ano. A PEC também prevê o pagamento de emendas, obrigando a União a repassar cerca de 1,2% do orçamento destinado a saúde para às emendas parlamentares individuais de cada deputado. Tais recursos que serão retirados do SUS deverão ser aplicados em saúde, porém não haverá garantia desse cumprimento, uma vez que o Ministério da Saúde não fará controle (BRASIL, 2013; FARIAS, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os defensores do SUS estão presenciando uma degradação voluntária do Sistema Único de Saúde ainda não explicitamente divulgada mas que pode ser percebida pelos mais atentos quando: os partidos políticos recebem altas somas para campanhas eleitorais; quando a Agência Nacional de Saúde apresenta em seu alto escalão funcionários com poder de decisão proprietários ou defensoras do incremento dos planos de saúde e do uso crescente da iniciativa privada servindo ao SUS, quando o governo indica ministros da saúde sem compromisso com o sistema público.

É aviltante verificar que todo o resultado do Movimento Pela Reforma Sanitária está sendo minado por interesses avessos ao aprimoramento da democracia da saúde e do País. Entretanto, os percalços não farão parar as vozes e os atos dos seguidores dos que lutaram e ainda lutam para sedimentar a democracia e viabilizar o SUS como patrimônio ativo dos brasileiros.

## REFERENCIAS

ACIOLI, G.G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *C. Saúde Pub.* 2002;18(supl.):23-36.

ALVES, S.M.C. Conselhos de Saude: espaço para o controle social e o exercício da cidadania. In: **Ser Social: Revista do Programa Pós-Graduação em Política Social** Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social- v. I, n. I. Brasília, 2004.

BAHIA, L. Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva* 6(2):329-339, 2001.

BARROS, R. P., HENRIQUE, R.; MENDONÇA, R. S. P. **A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro, IPEA, 2001. (Texto para Discussão n.º 800).

BECK, C.L, MINUZI, D. O Acolhimento como Proposta de Reorganização da Assistência à Saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde Santa Maria**, vol34a n1-2 p37-43,2008.

BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição **da Republica Federativa do Brasil**, 1988 Disponível em :<<http://www.planalto.gov.br./civil/constituicao.htm>. > Acesso em 15/09/2015.

BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei 8.080** Orgânica de Saúde, 1990a. Disponível em :< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 13/10/2015.

BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei 8.142**,1990b. Disponível em :< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>. Acesso em 13/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saude. O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios/Ministério da Saude, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de

Saude – 3ed – Brasília, 2009. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUS\\_3edição\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SUS_3edição_completo.pdf)>. Acesso em 14/10/2015

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Legislação Federal, 2014. **Proposta de Emenda Constitucional 451/2014**. Disponível em :< [http:// www2.camara.leg.br/camaranoticias/](http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/)>. Acesso em 13/10/2015.

BRASIL. Legislação Federal, 2013. **Proposta de Emenda Constitucional 38/2013**. Disponível em :< [http:// www2.camara.leg.br/camaranoticias/](http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/)>. Acesso em 13/10/2015.

CIEFAS 2000. *Pesquisa Nacional sobre Saúde nas Empresas*. São Paulo.

CONDE, L. F. *O Ressarcimento ao SUS: À luz do direito*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saude Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

CORTEZ, S. V. Viabilizando a Participação em Conselhos de Política Publica Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. org. **Políticas Publicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

COSTA, N. R.; CASTRO, A. J. W. O Regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saude no Brasil. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs). *Regulação e Saude: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saude / Agencia Nacional de Saude Suplementar, 2004.

FARIAS, Leandro. Deputados financiados por planos de saúde declaram guerra ao SUS. **Revista Carta Capital**. São Paulo, 25 de maio 2015. Disponível em < <http://www.cartacapital.com.br/politica/a-saude-publica-em-xeque-9805.html>> Acesso em 24/11/2015

FLEURY, S.; CARVALHO, A. Municipalização da saúde e o poder local no Brasil. EBAP/FGV. *Jornal do Conasems*, ano III, n. 34, ago. 1997, p. 10-12, 1997.



FREITAS, M. A. **A avaliação da efetividade da política do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.** 2011 96 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresa) – Escola de Administração de Empresa de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2011.

HEIMMAN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Ed.). *O público e privado na saúde.* São Paulo: HUCITEC, OPAS, IRDC, 2005.

LUIZ, O. C. Direito e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq. Méd. ABC* 2005; 30(2): 69-75.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde.* São Paulo: Hucitec, 1995.

MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs). *Regulação e Saúde: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003.* Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ Agência de Saúde Suplementar, 2004.

NEVES, M. C. P. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. *Bioética* 1999; 7(2): 155-63.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento.* Brasília. Casa Civil da Presidência da República, 2008.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.) *Epidemiologia e Saúde.* Rio de Janeiro, 1993.

SCATENA, M. A. N. O Ressarcimento ao SUS: **análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos.** 2004. 115f Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SCHMIDT, J. P. Gestão de políticas públicas: *elementos de um modelo pós-burocrático e pós-gerencialista.* *Direitos sociais e políticas públicas.* Santa Cruz do Sul: Edunisp, 2007. tomo 7.

TEIXEIRA, C. F. (Org.) *Promoção e Vigilância da Saúde.* Salvador: Ceps-ISC, 2002.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan/ UCAM/ IUPERJ, 1998.